



Проект интеграции партнеров  
программы Медикейд в  
штате Вашингтон  
**Washington Medicaid  
Integration Partnership**

Просьба об освобождении / исключении

- Меня устраивает нынешнее состояние получаемых мной услуг по здравоохранению, и я не желаю участвовать в Проекте интеграции партнеров программы Медикейд в штате Вашингтон (Washington Medicaid Integration Partnership, WMIP).

Мое имя: \_\_\_\_\_

Мой номер PIC, номер дела или номер блока обслуживания (Assistance Unit Number):  
\_\_\_\_\_

Дата моего рождения: \_\_\_\_\_

Мой номер социального страхования: \_\_\_\_\_

- Просьба отметить этот квадратик, если вы в настоящее время участвуете в программе Molina Integration (посмотрите, нет ли на вашей медицинской идентификационной карточке букв "MINT"), и вы **НЕ** получали услуг (визиты к докторам, посещения отделения скорой помощи и т.д.) в текущем месяце.
- Просьба отметить этот квадратик, если вы в настоящее время участвуете в программе Molina Integration (буквы "MINT" на вашей медицинской идентификационной карточке) и вы получали **НЕКОТОРЫЕ** услуги (визиты к докторам, посещения отделения скорой помощи и т.д.) в текущем месяце.

Ваша подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Сложите данную форму так, чтобы адрес для отправки был виден на внешней стороне, и отправьте ее нам. (Почтовая марка не нужна).